

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AUTOPLASTIE DES JOUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 3 MARS 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Eugène-Edmond BARTHELEMY,

DE DOMÈVRE-EN-HAYE (MEURTHE-ET-MOSELLE).

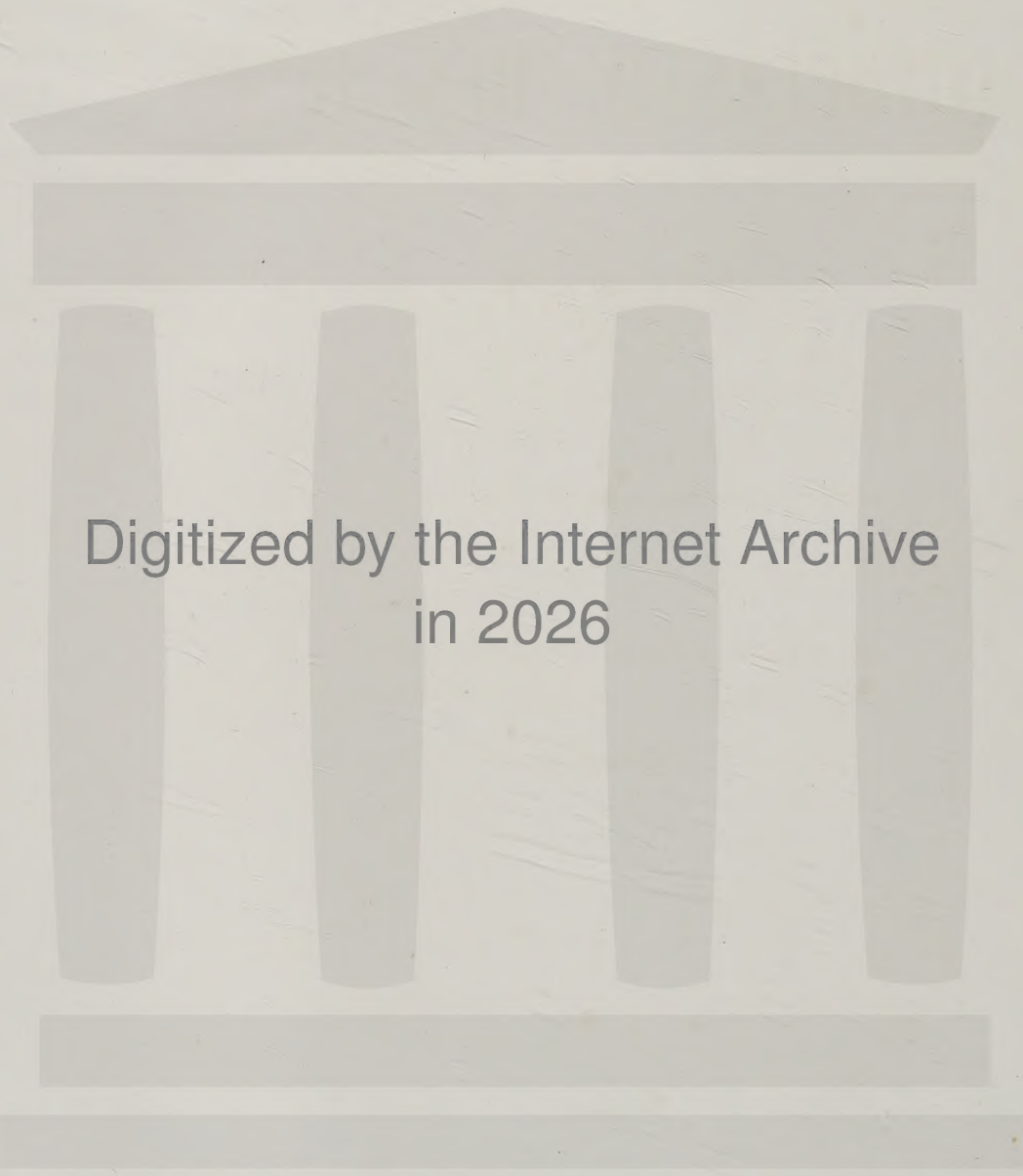


NANCY

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547426_0043

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'AUTOPLASTIE DES JOUES

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Et soutenue publiquement

LE SAMEDI 3 MARS 1883, A 3 HEURES DE L'APRÈS-MIDI

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

M. Eugène-Edmond BARTHELEMY,

DE DOMÈVRE-EN-HAYE (MEURTHE-ET-MOSELLE).



NANCY

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE DE N. COLLIN

Rue du Crosne, 5

—
1883

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

Doyen : M. TOURDES ✱.

Doyen honoraire : M. STOLTZ C ✱.

Professeurs honoraires : MM. CAILLIOT ✱, STOLTZ C ✱, SIMONIN ✱, BACH ✱.

Médecine légale.....	M. TOURDES ✱, professeur	
Clinique externe.....	M. MICHEL ✱, professeur.	
Matière médicale et Thérapeut..	M. COZE ✱, professeur.	
Histologie.....	M. MOREL ✱, professeur.	
Clinique interne.....	M. V. PARISOT ✱, profess.	
Clinique obstétricale et accouche- ments.....	M. HERRGOTT ✱, profess.	MM. ROUSSEL ✱ et E. PARI- SOT, prof. adj.
Pathologie générale et Patho- logie interne.....	M. HECHT, professeur.	M. DEMANGE ✱, prof. adj.
Physiologie.....	M. BEAUNIS ✱, professeur.	
Anatomie et Physiologie patho- logiques.....	M. FELTZ ✱, professeur.	
Chimie médicale et Toxicologie..	M. RITTER, prof.	
Clinique interne.....	M. BERNHEIM, professeur.	
Clinique externe.....	M. GROSS, professeur.	
Physique.....	M. CHARPENTIER, profess.	
Anatomie descriptive.....	M. LALLEMENT, professeur.	
Hygiène.....	M. POINCARÉ ✱, professeur.	
Médecine opératoire.....	M. CHRÉTIEN, professeur.	
Pathologie externe.....	M. HEYDENREICH, professeur.	M. BÉCHET, prof. adjoint.
Botanique et Histoire naturelle médicale.....	M. N...., professeur.	

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

M. SCHLAGDENHAUF- FEN.	MM. SPILLMANN. E. DEMANGE.	MM. A. HERRGOTT. GARNIER.	M. WEISS.
---------------------------	-------------------------------	------------------------------	-----------

M. BONNET, Secrétaire, Agent comptable.

Examineurs de la Thèse :

M. HEYDENREICH, président ; MM. CHÉTIEN, E. PARISOT ET E. DEMANGE.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

RECONNAISSANCE FILIALE

A MON FRÈRE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ DE NANCY

INTRODUCTION

En commençant ce travail, nous n'avons pas la prétention d'exposer des faits nouveaux : la question de la génoplastie a été traitée depuis longtemps et il nous reste peu de chose à en dire : cependant, bien que peu nouvelle, elle tient fort peu de place dans les ouvrages publiés jusqu'à ce jour : la joue est peut-être la partie de la face, qui, au point de vue autoplastique, a le moins occupé les chirurgiens, et pourtant elle mérite aussi bien que les lèvres, le nez, etc., une étude spéciale.

Si donc nous n'avons pas le mérite d'exposer des faits nouveaux, nous espérons que les recherches que nous aurons faites pour rassembler autant que possible ceux qui se rapportent à la question, seront une compensation.

— M. le professeur Michel a eu l'obligeance de nous donner les observations des malades qu'il a opérés : qu'il nous soit permis de lui adresser ici nos sincères remerciements.

Nous tenons également à remercier M. Weiss, agrégé, de la bienveillance qu'il n'a cessé de nous témoigner.

Nous témoignons à M. le professeur Heydenreich notre vive gratitude pour l'obligeance avec laquelle il a bien voulu accepter la présidence de notre thèse.

La première partie de notre thèse contient quelques considérations générales sur la joue. La seconde partie renferme les observations de génoplastie recueillies dans les différentes revues et à l'hôpital. Nous faisons à la fin de cette seconde partie un résumé succinct des procédés et méthodes employés, et nous citons le procédé en pont.

Dans la troisième partie, nous donnons quelques indications sur le choix de la méthode et du procédé.

PREMIÈRE PARTIE

Considérations générales.

Les joues sont limitées, en arrière par le bord postérieur de la mâchoire et le conduit auditif externe, en avant par le sillon naso-labial et les lèvres, en haut par le bord inférieur de l'orbite et l'arcade zygomatique, en bas par le bord inférieur de la mâchoire. Bien que l'étude complète de cette région soit indispensable pour la pratique des opérations, nous nous bornerons à quelques généralités sur l'anatomie et la physiologie de la joue. Nous les avons empruntées en partie à la thèse de M. Rigaud (1).

Au point de vue anatomique, la joue offre des conditions favorables à l'application des procédés autoplastiques. Elle est pourvue d'un tissu cellulaire sous-cutané très lâche et très abondant, ce qui permet de combler des espaces assez étendus par un simple déplacement et sans aller emprunter des lambeaux à des régions éloignées : il existe aussi dans son épaisseur un grand nombre de vaisseaux artériels à nombreuses ramifications, de telle sorte qu'il est toujours possible de conserver quelques vaisseaux au pédicule en quelque endroit que le lambeau soit pris.

Quelques chirurgiens, Dieffenbach entr'autres, prétendent que la trop grande vitalité du lambeau nuit au succès de l'opération : le sang arrivant en plus grande quantité que

(1) Th. de concours, 1844.

les veines n'en peuvent remporter, il en résulterait, suivant eux, une turgescence suivie d'inflammation et quelquefois de gangrène. C'est pour obvier à ces conséquences qu'ils coupent les artères afférentes trop volumineuses, qu'ils font des applications froides, des saignées locales, etc...

Nous acceptons plus volontiers l'opinion que M. Verneuil a ainsi formulée :

1° La vitalité d'un lambeau est d'autant mieux assurée que le sang y parvient en plus grande abondance et y circule plus librement;

2° La mortification d'un lambeau reconnaît pour cause principale l'insuffisance de l'afflux artériel.

Au point de vue physiologique, la joue considérée dans sa portion buccale et massétérine remplit un rôle important dans la mastication : vient-elle à manquer dans toute son épaisseur, il survient nécessairement des troubles nutritifs : de plus, cette difformité devient une cause de dégoût pour ceux qui approchent les malades.

Quand le canal de Sténon est intéressé, il peut exister une fistule salivaire qui complique l'affection : dans ce cas, disons de suite qu'il faut d'abord assurer l'écoulement de la salive à l'intérieur de la cavité buccale avant de pratiquer l'autoplastie.

Indépendamment de ses fonctions, la joue contribue puissamment à la régularité de la face : aussi le moindre changement qui survient dans cette région, imprime sur la figure de profondes modifications : et les difformités de cette sorte sont celles que les malades tiennent le plus à faire disparaître.

Une question qui n'est donc pas à discuter, c'est l'opportu-

nité des opérations autoplastiques pratiquées sur la joue : s'il en est quelques-unes que des malades réclament dans un simple but de coquetterie, il en est d'autres qui sont impérieusement réclamées par l'affection elle-même qui n'est plus seulement une difformité, mais une véritable maladie gênant l'exercice d'une fonction et altérant la nutrition.

Quant aux difformités siégeant en dehors des portions buccale et masséterine, il faut prendre en considération l'étendue de l'affection et le vif désir du malade de se faire opérer pour une affection qui parfois lui rend la vie insupportable.

« En général, l'autoplastie des joues devient nécessaire, soit après l'ablation de toutes sortes de productions morbides de cette région, soit après des pertes de substance cicatrisées sur les bords et accompagnées de perforations ou d'adhérences cicatricielles avec immobilité des mâchoires ou d'agrandissement considérable de la cavité buccale par l'absence congénitale de la joue. (1) »

Dans ces opérations, comme dans toute opération chirurgicale, il faut tenir compte de certaines contr'indications qui sont cependant rarement absolues : il faut prendre en considération l'âge du sujet, sa docilité, l'étendue de la perte de substance, et la nature de l'affection qui a produit cette perte de substance. Chez les jeunes sujets, l'indocilité peut être une cause d'abstention : chez les vieillards, à moins que des conditions particulières imprévues n'exigent une opération, il faut également s'abstenir.

Eu égard à la perte de substance, il faut tenir compte de l'extensibilité des tissus qui est beaucoup plus considérable

(1) Roser, méd. opér.

chez les vieillards que chez les enfants : ceci doit nous guider dans le choix de la méthode et du procédé. Une affection syphilitique, le scorbut, une constitution lymphatique feront ajourner une opération qui ne sera pas urgente. De même une affection tuberculeuse bien prononcée, une cachexie cancéreuse sont des contr'indications formelles à toute tentative d'opération.

Quant à l'opérateur, il doit combiner à l'avance le plan de l'opération. Les points principaux qui doivent fixer son attention sont : le nombre des lambeaux, leur forme, leur largeur, leur épaisseur, etc. Si nous avions à étudier l'autoplastie en général, nous entrerions dans plus de détails sur ces points principaux : nous nous bornons à les signaler.

DEUXIÈME PARTIE

Historique.

L'art de réparer les pertes de substance de la face date des temps les plus reculés : quelques recherches sur l'état des opérations anaplastiques chez les Indiens nous montrent que les prêtres et plus tard la caste des potiers de terre (Koomas) les pratiquaient depuis longtemps : mais il est probable qu'ils n'ont jamais songé qu'à refaire le nez et les oreilles qu'ils avaient l'habitude d'enlever aux criminels : toute idée de réparer les joues, les paupières ou les lèvres paraît n'être point venue à leur esprit. Après eux viennent un grand nombre de praticiens qui ont tenté de réparer le nez, les paupières et les lèvres : mais nous n'y voyons pas encore la moindre idée de restaurer les pertes de substance de la joue.

PREMIÈRE OBSERVATION.

C'est Franco en 1550 qui a, le premier, restauré une joue. Nous rapportons ici les paroles de l'auteur : « Un Jacques Janot, demeurant près de Neuf-Chastel, sur le lac en Suisse, eut une défluxion ou catarrhe qui lui descendit en la ioüe, qui excita une inflammation si grande que l'esthiomène et sphacèle de la partie s'en ensuyoit, qui est la mortification de la partie, et tomba la dite ioüe ou la plus grande partie d'icelle et pareillement des mandibules dont il perdit plusieurs dents. Il fut pansé longtemps d'un chirurgien lequel n'y peut

rien faire, sinon consolider la playe qui prit tout à l'entour et demeura un pertuis rond : par lequel un œuf d'oye eust pu passer : dont les dents et mandibules estoyent dénuées de chair, sinon qu'elles estoyent couvertes de la chair qui environne les dents, autrement l'os se fut altéré, il fallait qu'il portast une bande de cuir et autres choses pour empêcher qu'en mangeant la viande ne se perdit : combien que pour cela, il ne peut empescher qu'il ne sortit toujours quelque chose du boire et du manger, qui estoit cause qu'il ne s'osoit trouver en bonne compagnie, pour ce que la salive couloit toujours par là, et estoit en grande peine de manger et boire, aussi pour ce que la bande estoit attachée sur la tête assez ferme, elle l'empêchoit d'ouvrir la bouche. Et demeura en cette sorte l'espace de sept ou huit ans : ayant beaucoup serché et en plusieurs lieux pour y remédier, il ne trouva aucun qui y voulust mettre la main : ainsi lui donnoyent à entendre qu'il estoit incurable : car on n'y pouvoit engendrer chair ni approcher les lèvres, pour ce que le pertuis estoit rond et grand. Il advint que je pançois là auprès des hernies et bouches fendues et pierres : voyant le dessusdit ces cures, et principalement des bouches fendues, il me vint parler et montrer sa maladie. L'ayant bien advisée, luy dit que je le gariroye, moyennant la grâce de nostre Seigneur. Lors il dit qu'il l'avoit montré à plusieurs maistres et que j'advissasse bien avant qu'y mettre la main. Ce que luy accordoy, ne lui demandant récompense qu'il ne fust guairi.

» Pour venir à la cure, je fey situer le patient contre un aix à demi droit auquel luy attachay les cuisses et non autre chose. Je conseille toutefois de le bien attacher. J'avoie mis mes cautères en la braise dans un bassin pour m'en servir au

besoin. Je pris un petit rasoir et coppay le bord ou cuir tout à l'environ : après je fendoys la peau contre l'oreille et vers l'œil et vers la mandibule inférieure tant que je cogneu estre expédient, en gardant toujours de copper par trop avant pour ne faire plus grand dommage à la partie et de ne copper les muscles de travers. Toutefois il n'y a pas grand intérêt à cause que la joue ne fait pas mouvements par ces muscles. Puis je coppoy au dedans en long et à travers pour allonger les labies, me gardant toutefois de venir jusque au dehors. Car ne fallait pas copper le cuir, et quand il y avait quelque veine qui fluoit, je la cautérisoye, allongeant par ce moyen mes pièces ou labies dont elles furent assemblées. Là, où j'appliquoy incontinent sept éguilles enfilées en la manière qui a été montrée; lèvres fendues desquelles au bout de quatre ou cinq jours en tomboient trois dont il fallut remettre d'autres pour ce que les labies tiroient et se recouvroyent encores là où les dites éguilles estoyent. En quoy le patient sentit plus de douleurs que aux premières, puis je usoye de compresses ou cuissinets avec batons et bandes tout à l'entour (et dès le commencement) pour faire venir la chair ou labies de toutes parts et se joindre, comme a esté dit aux lèvres fendues, afin que les labies n'y tirassent et par ce moyen fissent choir les éguilles. Car en tirant ainsi les éguilles coppent la chair ou peau. Il fallut faire grande violence pour tenir les parties ensemble, afin de se consolider et glutiner, autrement je n'eusse rien avancé. Je mis aussi un linge mouillé en oxycratum dessus : et puis les restreintifs dessus à ce qu'il ne se prist contre les éguilles : Puis après, pour engendrer chair et consolider, j'use de l'unguent comitis avec huile d'ypericon meslé ensemble, le tendant liquide et

l'appliquant un peu chaud, comme fault faire, mesmement l'hyver, tellement que le dit oignement passoit dedans et luy venoit bien souvent sortir en la bouche. Bref, il fut guarý par ce moyen dedans quatorze jours. Aucuns disoient que la joue tirerait et qu'il ne pourroit ouvrir la bouche : mais la chair si rengendra d'autant qu'il fût besoin et aporta barbe hormis sur la cicatrice, laquelle encore estoit cachée de la dite barbe, si qu'on ne la voyait que bien peu et avoyt outre cela recouvré l'aisance de manger aussi à son aise qu'il eût point auparavant. » Ainsi Franco disséqua les téguments de tous côtés jusqu'à ce qu'il pût en affronter les bords : sa description permet de présumer qu'il avait taillé plusieurs lambeaux et qu'il les avait mobilisés par la dissection de manière à pouvoir les faire cheminer l'un vers l'autre par glissement comme dans les procédés dits à tiroir de la méthode française.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Roux (1) eut à traiter un malade atteint d'un cancer qui avait détruit la joue gauche et une partie des lèvres, formant ainsi un ulcère de deux pouces de haut en bas et de un pouce et demi transversalement. Deux incisions semi-lunaires allant des lèvres au masséter effectuèrent l'excision de l'ulcère cancéreux et y substituèrent une plaie fraîche elliptique, un peu plus large que haute. Toute la lèvre inférieure ayant été disséquée jusque auprès du masséter et au-dessous du menton pût être élevée jusqu'à la rencontre du bord supérieur de la

(1) Revue méd., 1828.

solution de continuité avec lequel on l'affronta à l'aide de la suture entortillée des bandelettes agglutinatives et du bandage contentif. Guérison rapide.

TROISIÈME OBSERVATION.

Dans un autre cas, Roux fit une génoplastie compliquée qui lui demanda sept opérations successives. Le fait est raconté par Velpeau (1). Une jeune fille de 20 ans avait l'aile du nez la moitié de la lèvre supérieure et la joue détruites par la gangrène. De plus, une portion du maxillaire supérieur nécrosé faisait communiquer la plaie avec les fosses nasales et le sinus maxillaire et laissait sortir continuellement la langue de la bouche.

Première opération. — Une séparation est établie entre l'ouverture de la bouche et la perte de substance de la joue. Pour cela le bord de la portion restante de la lèvre supérieure fut avivé : une incision verticale de la hauteur de la lèvre supérieure fut dirigée en bas à partir de l'angle restant de cette dernière. On amena dès lors sur elle le point rafraîchi de la lèvre supérieure et on les réunit : l'adhérence ne se fit pas attendre.

Deuxième opération. — On détacha la portion des parties molles qui adhérait à l'os maxillaire dans le point correspondant à l'extrémité gauche de l'ouverture buccale : une incision transversale divise la joue et l'on peut, dès lors, amener au contact ce lambeau et la portion de la lèvre supérieure qui

(1) Méd. opér., t. I, p. 176.

était placée au-dessous : la suture entortillée maintint le nouveau rapport, mais un gonflement érysipélateux vint désunir les parties.

Troisième opération. — Elle ne fut que la répétition de la précédente et malheureusement le même accident amena le même résultat.

Quatrième opération. — M. le professeur Roux imagina de dédoubler la lèvre supérieure qu'était venue former une portion de l'inférieure dans sa portion précédemment restaurée. Le lambeau fut amené sur la perforation qui se trouva complètement obturée : mais encore cette tentative échoua.

Cinquième opération. — Pressé par la malade M. Roux songea à prendre la peau de la main pour fermer l'ouverture de la joue. Un lambeau fut disséqué sur l'éminence hypothénar ; on le laissa tenir par un pédicule de quelques lignes de largeur. Six à huit points de suture maintinrent ce lambeau fixé sur l'ouverture dont les bords avaient été rafraîchis. Des mouvements involontaires, survenus pendant le sommeil, arrachèrent tous les points de suture. On était alors arrivé à la fin de l'automne ; le chirurgien ne voulut point pour le moment faire de nouvelles tentatives.

Sixième opération. — Ce ne fut que le 27 mars 1827 que l'on fit de nouveaux efforts. La lèvre supérieure fut divisée un peu à gauche de la ligne médiane et dans une partie de sa hauteur ; on put alors l'entraîner jusqu'au contact avec la partie supérieure de l'ouverture qui s'était rétrécie pendant le temps qui s'était écoulé depuis la précédente tentative, par l'effet de l'embonpoint que la malade avait acquis. La suture entortil-

lée laissa les parties rapprochées, la réunion s'effectua et la perforation de la joue disparut complètement.

Septième opération. — L'échancrure qui résultait de la division de la lèvre supérieure et constituait une sorte de bec de lièvre, fut rapprochée par deux points de suture entortillée. Les parties d'abord fortement tirillées, s'allongèrent par la suite, et l'état de la malade fut tel, qu'elle et le chirurgien n'eurent qu'à s'applaudir de leurs efforts persévérants.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Gensoul (1) eut à observer le cas d'une femme qui avait eu la joue gauche gangrenée à l'âge de neuf ans, et qui présentait, au côté gauche de la joue, une énorme perte de substance, laissant à découvert une partie des mâchoires, les deux dents incisives latérales, les deux canines et les trois premières molaires de ce côté, le tout fortement dévié en dehors et la mâchoire inférieure ankylosée.

Voici comment il s'y prit : Après avoir avivé la circonférence de l'ulcère, il détacha le reste de la joue jusqu'au cou d'une part, sur le masséter de l'autre ; il enleva ensuite à l'aide de la gouge et du maillet la partie saillante de la mâchoire, ainsi que les dents proéminentes qui s'y trouvaient implantées, puis il rapprocha les deux bords de la plaie, et en pratiqua la suture. Ici c'est une simple génoplastie, opérée par simple décollement et glissement, ou par la méthode française.

(1) Journal des hôpitaux de Lyon.

Serre (1) eut plusieurs succès dans des opérations de géno-plastie, faites par décollement.

Dieffenbach qui a joint souvent les incisions à distance des libératrices de Thévenin, aux décollements de Franco, a obtenu aussi des succès.

CINQUIÈME OBSERVATION.

A. Colson de Noyon (2) présente l'observation suivante :

Division congénitale de la joue droite se prolongeant depuis la bouche jusqu'au niveau des secondes grosses molaires et formant une sorte de bec de lièvre horizontal ; il pratiqua avec des ciseaux de trousse, l'avivement de toute la fente, en enlevant aussi exactement que possible la membrane muqueuse avec une petite portion des tissus sous-jacents et de la peau, puis il fit la suture entortillée. Guérison.

SIXIÈME OBSERVATION.

Mutter, cité par Roser (3), ayant une grande perte de substance, où malgré les décollements, on ne pouvait amener au contact les bords de la solution de continuité, pratiqua l'opération d'autoplastie à l'aide d'incisions courbes. En inclinant les quatre lambeaux deux à deux, ceux de la partie inférieure vers ceux de la partie supérieure, il parvint à refaire la joue.

(1) Compte rendu de la clinique de Montpellier, 1837.

(2) Bulletin de la Société de chirurgie, 1860.

(3) Manuel de chirurgie anatomique. Paris, 1870.

Il pratiqua une autre opération du même genre. Il s'agissait d'une cicatrice large, consécutive à une gangrène mercurielle de la joue, qui fixait les deux mâchoires l'une contre l'autre. La bouche était flasque et promettait de la peau en excès. On proposa de transplanter un lambeau, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre supérieure, du côté de la joue, en divisant le pont cicatrisé entre les mâchoires et en incisant le lambeau entre les bords de la solution de continuité, ce qui devait rendre à la mâchoire inférieure sa mobilité.

SEPTIÈME OBSERVATION.

M. Estlander, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine d'Helsingfors, publie le fait suivant : (1)

« Olof Hiltunen, 17 ans, fut reçu à la clinique le 22 février 1868. Il avait eu la joue droite détruite sur une grande étendue par la gangrène, pendant une fièvre typhoïde pétéchiale quelques mois auparavant. Une partie de la lèvre inférieure était détruite ainsi que toute la portion de la joue droite tapissée par la muqueuse, jusqu'au bord antérieur du muscle masséter et au maxillaire inférieur ; les deux mâchoires étaient à découvert et si pressées l'une contre l'autre par un puissant tissu cicatriciel, que les dents faisaient saillie au dehors. Le patient était très pâle et amaigri ; il ne pouvait prendre d'autre nourriture que des liquides et de très petits morceaux de pain qu'il parvenait à glisser par les interstices des dents. M'étant assuré, le 25 février, de l'impossibilité

(1) Revue de méd. et de chir., 1877.

de relâcher, au moyen du couteau, le lien cicatriciel qui unissait les os, je procédai immédiatement à la résection de la partie horizontale de la mâchoire inférieure sur une longueur d'un pouce environ ; je perçai sur le bord des surfaces sciées de l'os, deux petits trous, dans lesquels je fis entrer les bouts pointus d'une petite tige métallique, disposée de façon qu'on pût, sans la déplacer, la raccourcir ou l'allonger à volonté.

Au moyen de cet instrument, je réussis à tenir écartées les surfaces sciées de l'os pendant une grande partie de la durée de la guérison, mais je ne pus naturellement pas empêcher ensuite la force retractile de la cicatrice de tirer la mâchoire un peu de côté. Deux mois après je détachai la lèvre inférieure de l'os sous-jacent et après avoir découpé un triangle auxiliaire avec le sommet en bas, je la fis glisser d'environ trois-quarts de pouce vers la droite. Le 2 juin, la guérison de la première opération étant accomplie, *je rétablis la joue de la manière suivante* : Je découpai dans la lèvre supérieure à droite et dans le haut de la joue un lambeau dont le sommet arrondi atteignait presque le bord inférieur de l'orbite et qui adhérait au bord libre de la lèvre par un pédicule traversé par l'artère coronaire. Je fis ensuite tourner le lambeau de façon que le sommet pris sous l'œil vint couvrir l'articulation artificielle et les parties détruites près des bords du muscle masséter : La nouvelle commissure se trouve sur le lambeau un peu au-dessous de l'endroit où était le pédicule. Ainsi les parties distinctes étaient complètement restaurées et la nouvelle joue acquit tant d'élasticité qu'elle n'entravait pas le jeu de la fausse articulation. Le 6 juillet à la sortie du malade, celle-ci fonctionnait si bien que les mâchoires pouvaient s'écarter de plus de trois quarts de pouce.

HUITIÈME OBSERVATION.

Nous trouvons dans la gazette médicale (1^{er} février 1880) une observation publiée par MM. Vaust fils et Ad. Antin de Ans. Chez une vieille femme la face présentait une vaste ouverture : la joue était perforée dans une étendue de 2 pouces ; la destruction du maxillaire supérieur avait agrandi la cavité buccale qui communiquait même avec l'orbite et les fosses nasales. Comment réparer cet énorme déperdition de substance ? Les opérateurs Belges se décidèrent à débrider d'abord une cicatrice qui coarctait l'aile du nez : ils détachèrent ensuite les téguments de la pommette, puis avivèrent les bords de l'ouverture et ainsi tantôt employant le bistouri, tantôt tiraillant, ils finirent par obtenir une réunion complète à l'aide de la suture. C'est donc par la combinaison de la méthode de Celse et la méthode française que la restauration pût être effectuée.

NEUVIÈME OBSERVATION.

Rizzoli (1) a appliqué la génoplastie au traitement du resserrement permanent des mâchoires : il cite le cas d'une petite fille chez qui à la suite de la cicatrisation vicieuse d'une gangrène, qui s'était formée huit mois auparavant pendant le cours d'une fièvre typhoïde, un tissu cicatriciel rétractile siégeant au niveau de la commissure labiale droite et adhé-

(1) Clinique chir. Paris, 1872.

rant aux gencives des deux maxillaires, les maintenait dans un état de rapprochement permanent.

Il tailla sur la joue un lambeau quadrangulaire adhérent en bas aux téguments, et en l'inclinant vers la bouche de manière à en réunir le bord supérieur à la lèvre supérieure, il obtint que le bord interne continuât le bord libre de la lèvre supérieure et agrandît l'ouverture buccale, ce qui permettait déjà un certain degré d'écartement, tandis que la destruction des adhérences de la cicatrice avec les maxillaires donnait aux mâchoires la possibilité de s'éloigner l'une de l'autre.

DIXIÈME OBSERVATION.

Observation de M. le professeur Richet (1).

Cancroïde de la joue (épithélioma).

Homme d'une cinquantaine d'années à constitution athlétique, puissant, d'une santé parfaite et n'ayant aucun antécédent diathésique. Cet homme est chef de gare et fume énormément.

Il y a quatre ou cinq ans, il aperçut à la face interne de sa joue gauche un petit bourgeon qui se pressait entre les dents. Sans y prendre garde il déchira, il égratigna cette végétation qui se reproduisit sans cesse pendant 2 ans. Petit à petit, ce bourgeon insignifiant au début gagna en surface et en profondeur. La base s'indura progressivement. La rougeur augmenta. Ennuyé, le malade alla consulter ; on lui fit des cautérisations superficielles et des applications d'iodoforme. Ce

(1) Journal des connaissances médicales, août 1882.

fut alors comme un coup de fouet donné au mal qui s'ulcéra et poursuivit sa marche envahissante. Peu à peu ce cancroïde externe, ce cancroïde tourmenté, pour me servir de l'expression du professeur Richet, gagna successivement toutes les couches profondes de la joue et vint se faire jour à l'extérieur. Voici sous quel aspect il se présente actuellement à nos yeux. A la partie moyenne de la joue gauche, on voit un énorme champignon creusé en son centre d'une large cavité, à travers laquelle on plonge dans le fond de la bouche du malade. Cet énorme champignon présente une surface de l'étendue de la paume de la main. Il est ulcéré, saigne facilement et verse continuellement à l'extérieur un pus nauséabond. Enfin à ce pus à odeur fétide, viennent se mêler les différents liquides de la bouche sans cesse déversés au dehors par l'immense cavité de la joue. En un mot tout l'espace compris entre les deux mâchoires est pris. Il y a aussi du côté gauche, au-dessous de la mâchoire inférieure, un ganglion malade. Joignez à ceci un gonflement inflammatoire considérable et vous aurez le tableau rapide de cet épithélioma de la joue. Sous l'influence des cataplasmes, le gonflement a notablement diminué ; l'inflammation a disparu et le cancroïde est certainement réduit des deux tiers. Voilà ce qu'on aurait dû faire chez ce malade lorsque la tumeur n'était pas encore volumineuse ; ou bien détruire radicalement cette végétation d'un coup de ciseau, ou bien se contenter simplement d'appliquer des compresses d'eau de guimauve. Mais il faut s'élever énergiquement contre tout onguent de charlatan ou contre toute cautérisation superficielle « *Noli me tangere* » ne touchez pas à ces tumeurs d'une sensibilité excessive ou enlevez-les en totalité. Telle est l'opinion de l'éminent professeur de l'Hôtel-Dieu.

L'opération fut faite en 2 temps : 1° Ablation du cancroïde, 2° Génioplastie.

I. *Ablation de la tumeur.* — Toutes les parties malades ou suspectes furent largement enlevées. Il y eut une perte de substance d'au moins 5 centimètres en tous sens, et à travers l'ouverture on apercevait les maxillaires et le fond de la bouche. L'autoplastie ne fut pas faite immédiatement, parce que dans le fond existait une surface du périoste atteinte par le cancroïde. On appliqua le lendemain de l'ablation de la pâte de chlorure de zinc. Vinq-cinq jours après ce premier temps de l'opération, l'ouverture s'était resserrée et avait considérablement diminuée. Elle avait à peine la dimension d'une pièce de 1 franc. Mais la nature avait fait tous ses efforts pour boucher cette vaste cavité, elle ne pouvait plus rien et laissait au chirurgien le soin d'achever son œuvre. Aussi le professeur Richet se décida-t-il à intervenir une seconde fois et à pratiquer la génioplastie.

II. *Génioplastie.* — La méthode française ou par glissement fût celle choisie par le professeur. Il décolla la partie supérieure et la partie inférieure de l'ouverture, aviva les deux lambeaux et essaya de les faire glisser pour les suturer. Vains efforts ! Les tissus ne prêtèrent pas et il fut tout à fait impossible de mettre les deux bords cimentés en contact. Force fut donc au chirurgien d'employer le procédé à lambeau, procédé qui dans le cas présent, ne manquait pas de présenter certaines difficultés, attendu que les tissus environnants étaient en partie formés d'éléments cicatriciels, par conséquent peu vivants et par là même sujets à se gangrener. Il fallait donc aller chercher le lambeau au-delà de ce tissu cicatriciel.

Le chirurgien fit alors une longue incision sur la partie inférieure de la joue gauche, ramena un immense lambeau qu'il fit pivoter et boucha l'ouverture. Le malade eut dans la journée une hémorrhagie qu'on arrêta par la compression et par une injection d'ergotine. Quinze jours après ce second temps de l'opération, il sortait complètement guéri et reprit immédiatement ses occupations ordinaires.

ONZIÈME OBSERVATION.

Thiers cite le fait suivant (1) : Un coup de feu ayant déterminé une perte de substance au niveau de la mâchoire supérieure, il la combla en renversant en dedans la peau de toute l'épaisseur de la joue. Or, la barbe n'a pas cessé de croître sur ce lambeau, de sorte que tous les mois le patient est obligé de se raser la cavité buccale.

DOUXIÈME OBSERVATION.

Observation de Bouisson (2). Tumeur cancéreuse de la joue droite avec entropion de la paupière correspondante.

M. Bœ..., de Nîmes, capitaine en retraite, âgé de 60 ans, d'une constitution nerveuse, mais robuste, présentait à la partie moyenne de la joue gauche une tumeur du volume d'une petite noix, dont l'origine remontait à deux ans environ. Cette tumeur avait débuté sous la forme d'une verrue et s'était développée graduellement sans qu'aucun des moyens

(1) Congrès de la Société allemande de chirurgie, 14 avril 1878.

(2) In Union méd., 1850.

locaux dont on s'était servi eût retardé ses progrès. Mobile par rapport aux parties subjacentes, elle comprenait seulement l'épaisseur de la peau et de la couche cellulaire la plus voisine. Son tissu dur, résistant, d'apparence squirrheuse était le siège de douleurs lancinantes. Les téguments qui l'environnaient étaient habituellement phlogosés. La paupière inférieure participait à cette irritation sans avoir subi aucune dégénérescence : son bord libre était dirigé en arrière et les cils irritaient incessamment la conjonctive oculaire. M. Boë... désirait vivement être débarrassé de sa double maladie et je pensai pouvoir en obtenir la guérison par l'opération suivante que je pratiquai le 6 mars après avoir préalablement soumis le malade à l'inhalation du chloroforme.

La tumeur plus large en haut qu'en bas fût cernée par une incision triangulaire et rapidement détachée. La base du triangle placée en haut était parallèle au diamètre transversal de la paupière. Les vaisseaux furent liés, la plaie abstergee et je me mis en mesure de réunir la plaie de manière à atteindre une double guérison. Pour cela les bords de chacun des angles supérieurs du triangle furent rapprochés et maintenus au moyen de serre-fines de petit calibre. Les bords de l'angle inférieur furent affrontés à l'aide de la suture entortillée. Il en résulta une réduction notable de la surface triangulaire et une petite plaie centrale que je me proposais de faire suppurer afin que le tissu de cicatrice succédant à la perte de substance remédiât à l'entropion comme dans le cas où on excise une portion de peau de la paupière pour combattre cette maladie.

Ce mode d'exécution et de pansement donne les résultats désirés. Dès le lendemain les angles supérieurs de la plaie

primitive étaient effacés par l'union de leurs bords. Les serrefines purent être enlevées sans inconvénient : la réunion était et demeura solide. Le 4^e jour, j'enlevai l'épingle qui m'avait servi à faire la suture entortillée à l'angle inférieur de la plaie. La réunion était exacte et linéaire également. Quant à la partie centrale de la solution de continuité, elle se couvrit de bourgeons qui après avoir suppuré se cicatrisèrent vers le 9^e jour en entraînant en bas la paupière inférieure, le bord de celle-ci se redressa et se dirigea même en avant, si bien qu'il effaça complètement les apparences et les effets de l'ectropion.

Les observations que nous allons citer sont dues à l'obligeance de M. le professeur Michel et de M. Weiss, agrégé de chirurgie. Dans les deux premières, la génoplastie a été pratiquée par un procédé que nous exposerons plus loin : c'est le procédé dit en pont.

La 3^e observation ne présente rien d'intéressant à signaler : c'est une autoplastie par glissement de la méthode française.

TREIZIÈME OBSERVATION.

X..., des Vosges, âgée de 45 ans, porte au maxillaire inférieur à droite une tumeur qui a envahi toute la portion du bord alvéolaire comprise entre la dernière molaire et la canine. De ce point de départ, la maladie s'est étendue à toute la peau de la joue correspondante. L'ensemble de la tumeur est dur, bosselé, et adhère complètement au maxillaire.

Dans quelques points de la surface, du côté de la bouche, on voit des points ulcérés par lesquels se font des hémorrhagies assez abondantes. Il n'y a pas de ganglions lymphatiques

engagés dans la région du cou. L'opération est décidée dans le courant de mai 1880. Le point important sera, après l'extirpation de la tumeur, la reconstitution de la joue complètement détruite. Après chloroformisation de la malade, une première incision partant de l'angle de la bouche, se dirige le long du bord inférieur du maxillaire jusqu'à la hauteur du rebord du masseter : une deuxième incision partant également de l'angle de la bouche, longe le bord supérieur du maxillaire et va se terminer en arrière à la première. La première incision conduite jusqu'à l'os permet, à l'aide du ciseau et du maillet, d'enlever toute la partie de l'os malade, et d'une seule pièce les parties molles intéressées. Deux artères principales ont été coupées et liées, la faciale sur le bord inférieur du maxillaire et la transverse de la face sur le bord du masséter. Les artères orbiculaires des lèvres et quelques petites branches de l'artère sous-orbitaire sont prises par les pinces hémostatiques.

L'hémorrhagie arrêtée, on a devant soi une large perte de substance bornée en avant à la bouche, en arrière au masséter, en haut à l'os de la pommette et au maxillaire supérieur.

Il s'agit de combler cette grande perte de substance : à l'aide d'une incision curviligne partant à deux travers de doigt au-dessous de l'angle de la mâchoire et conduite parallèlement à la première incision inférieure jusque vers le milieu de la lèvre inférieure, j'ai détaché, sous forme de lambeau adhérent par ses deux extrémités, une vaste portion de téguments des parties sous-jacentes dans la région sus-hyoïdienne. Ce vaste pont détaché a été assez mobile pour être remonté directement en haut au contact de l'incision supérieure faite pour l'extirpation de la tumeur. Un certain nombre de points

de suture (10 environ) avec un fil ordinaire l'ont maintenu en place. La perte de substance se trouvait ainsi réparée. Un simple pansement ouaté fut appliqué sur le lambeau et la plaie inférieure laissée à l'air libre. Il n'y eut qu'une faible réaction dans les premiers jours. La suppuration établie, on se contente de laver la plaie et de faire des injections buccales avec de l'eau phéniquée au 1/1000.

Les sutures furent successivement enlevées du douzième au quinzième jour. La réunion était complète et le résultat plastique très beau. La femme resta guérie pendant près d'un an. Malheureusement la récurrence se fit sur le maxillaire et entraîna ultérieurement la mort de la malade. Au point de vue autoplastique, le résultat avait été complet.

QUATORZIÈME OBSERVATION.

X... vient à la consultation pour une tumeur de la joue ayant pour point de départ la muqueuse buccale. Cette tumeur a envahi tout le côté droit. La peau est adhérente et altérée à la partie centrale de la joue. En dedans on voit une ulcération siégeant au pourtour de l'orifice du canal de Sténon. La tumeur s'étend à la partie antérieure à 3 centimètres de la commissure labiale, en haut elle arrive jusqu'au voisinage de l'os malaire. Les os ne sont pas altérés. En résumé, c'est un cancer de la joue que M. Michel a décidé d'enlever de la façon suivante :

Première partie. — Ablation du cancer. Ligature de l'artère faciale et temporofaciale. La perte de substance est ova-

laire ; son grand axe s'étend de la commissure labiale à la partie moyenne du masséter.

Deuxième partie. — Une large incision est faite au-dessous du maxillaire inférieur. Le lambeau obtenu est disséqué et remonté jusqu'à la limite supérieure de la perte de substance ; quelques points de suture le maintiennent en place. La suture a tenu pendant quelque temps. Malheureusement, un mois après, le cancer récidiva, la cicatrice se désunit et actuellement il existe une vaste perte de substance laissant voir les dents, et le néoplasme qui a gagné les gencives, le maxillaire et la fosse temporale. Néanmoins le premier résultat était satisfaisant, bien que nous ayons constaté un ectropion avec ses conséquences.

QUINZIÈME OBSERVATION.

Faubel (Antoine), âgé de 40 ans, de Nancy, entre à l'hôpital le 17 novembre 1881. Il raconte qu'il s'est fait extraire une dent dans le courant du mois d'octobre, et que deux heures après cette opération, la joue commença à gonfler ; en même temps il ressentit de fortes douleurs dans tout le côté gauche de la face ; au bout de trois jours, un abcès s'ouvre spontanément au-dessous de l'œil gauche : quelque temps après on retire par cette ouverture plusieurs portions d'os nécrosé. L'ouverture de l'abcès communique avec le sinus maxillaire et les fosses nasales. Il s'agit de combler cette fistule aérienne qui a environ deux centimètres de large sur un centimètre de haut à son orifice externe. Pour obtenir la guérison, M. Weiss pratiqua l'autoplastie de la manière suivante : Il fit deux in-

cisions transversales, puis disséqua la peau en haut et en bas de manière à obtenir deux lambeaux qui furent réunis par trois points de suture. Quatre jours après l'opération, les points de suture étaient enlevés et la réunion était complète.

MÉTHODE INDIENNE.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Lallemand (1) publie l'observation suivante :

Une jeune fille avait au bas de la joue une plaie, suite de gangrène. Pour combler ce vide, il commença par aviver toute la circonférence en lui donnant la forme d'une ellipse. Il tailla ensuite sur le côté du cou, au-dessous de l'angle maxillaire inférieur, et au devant du sterno-mastoïdien un lambeau de même forme d'un tiers plus large, lambeau qui fut conduit peu à peu et sans torsion par un mouvement de totalité de bas en haut dans la plaie où elle fut fixée par des points de suture entrecoupée. La guérison fut rapide.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Dupuytren (2), sur un enfant de 9 ans, répara à la fois la joue et la moitié gauche de la lèvre inférieure, détruites par la gangrène. Il aviva les bords de la solution de continuité et

(1) Archives gén. de méd., t. IV, p. 242.

(2) Journal hebdomadaire, t. IV, p. 110.

le lambeau pris au devant du sterno-mastoïdien tordu à son pédicule, fut fixé par cinq points de suture. Le lambeau adhéra à sa partie supérieure, mais son pédicule se mortifia.

TROISIÈME OBSERVATION.

Græfe raconte le fait suivant :

Perte de substance de la joue droite à la suite d'affections syphilitiques variées.

Il existait également une grande ouverture sur le côté droit du nez, qui permettait de voir dans les fosses nasales et le sinus maxillaire, etc. Grafe pensa qu'il ne fallait pas se servir de la peau de la joue pour remplacer les parties manquantes, parce qu'elle est trop adhérente avec les parties molles : la peau du cou était trop éloignée ; il n'y avait qu'à choisir entre la peau du front et celle du bras. Grafe préféra celle du front : il dessina le contour du lambeau qu'il voulait faire en lui donnant, dans tous les sens, deux lignes de plus que la largeur de la perte de substance à fermer : on le prit sur le front un peu vers la gauche afin de pouvoir plus facilement le tourner du côté droit. Après avoir rafraîchi la perte de substance de la joue, on y fixa le lambeau au moyen de huit points de suture enchevillée : on coupa le pédicule après cinq ou six semaines : le lambeau qui s'était tuméfié s'affaissa. La guérison fut complète du côté de la plaie, mais les fonctions de la voix ne se rétablirent qu'incomplètement, à cause d'une petite perte de substance du palais : l'odorat se rétablit en partie.

QUATRIÈME OBSERVATION.

En 1836, M. Blandin présenta à l'Académie de médecine un enfant de 12 ans. Un coup de fusil avait presque entièrement emporté le côté gauche de la face. La cavité buccale était largement ouverte. Un lambeau de peau fut pris dans la région temporale et ramené en bas : la joue fut restaurée et l'angle correspondant de la lèvre reconstitué. L'artère temporale a été conservée dans le lambeau, contrairement à l'opinion de M. Dieffenbach, et aucun accident n'est survenu à la suite de cette opération que le plus beau succès a couronnée. Ajoutons encore que le nez, dont une portion avait été enlevée, fut restauré avec une portion de la peau et que le résultat fut aussi satisfaisant pour ce point que pour l'autre.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Denonvilliers (1) eut à soigner une femme, ayant eu, à l'âge de sept ans, une fièvre typhoïde compliquée de gangrène de la bouche. Cette gangrène avait détruit la lèvre supérieure, la lèvre inférieure, la joue droite et une partie du nez.

Plusieurs opérations suivies de succès furent pratiquées.

Première opération. — Il refit d'abord une lèvre au moyen d'un grand lambeau mentonnier.

Deuxième opération. — Il refit une lèvre supérieure avec deux lambeaux dont les sommets libres portaient des parties

(1) Bulletin de chir., 1865.

latérales des ailes du nez, les pédicules correspondant aux parties de la face qui devaient plus tard former les commissures labiales.

Troisième opération. — Le trou de la joue fut comblé par un lambeau pris sur la tempe droite, le lambeau d'abord vertical fut rendu horizontal et maintenu en place par une série de sutures.

M. Denonvilliers fait remarquer que dans le cas de perte de substance consécutive à la gangrène de la face, il ne faut pas se hâter d'avoir recours à l'autoplastie à cause de la gangrène.

MÉTHODE ITALIENNE.

M. Berger (1) dans une séance de la Société de chirurgie présente une femme sur laquelle il a fait une tentative de restauration de la face pour conserver à la malade un œil, l'autre étant perdu par un ectropion consécutif à la cicatrisation d'un lupus. A droite la vision est perdue ; il n'existe plus trace de la paupière inférieure ; à gauche il y a un peu moins de rétraction, mais la cornée est enflammée et tout menace de se perdre. La suture était impossible même avec une incision libératrice. M. Berger a adopté la méthode italienne. La femme fut chloralisée au moyen de 10 grammes de chloral, donnés par frictions. L'opération dura trois heures.

(1) Gazette hebdomadaire, 1880.

La suture palpébrale étant faite, il restait une plaie de la face qui fut comblée avec un lambeau de peau, pris sur le bras auquel il restait fixé par un pédicule. Appareil plâtré, comprenant le dos, la tête et le bras. Pendant vingt et un jours la malade resta dans cette position gênante. M. Berger coupa alors le pédicule qui pâlit, se refroidit et devint insensible, puis peu à peu la sensibilité reparut et le lambeau reprit de la vie.

Nous avons déjà dit (page 12) que M. Roux disséqua un lambeau sur l'éminence hypothénar pour fermer une ouverture de la joue.

La génoplastie simple, exclusive est, comme on le voit par les observations précédentes, relativement assez rare : elle est souvent compliquée d'opérations ayant pour but de restaurer une partie manquante, soit aux lèvres, au nez ou aux paupières. Sans nous arrêter à ces opérations qui ne nous intéressent pas ici, voyons quels sont les procédés et méthodes employés dans les divers cas de génoplastie que nous avons pu recueillir.

La méthode italienne n'a été employée que deux fois par MM. Roux et Berger : Cependant Grœfe dans le cas cité (page 28) avait hésité s'il prendrait la peau au bras et par conséquent s'il mettrait en usage cette méthode. Quant aux méthodes française et indienne, elles ont été plus souvent employées, la première par Franco, puis par Roux, Gensoul, Dieffenbach, Michel, Velpeau, Richet etc., la seconde par Lallemant, Dupuytren, Grœfe, Denonvilliers, etc. Les méthodes combinées sont assez rarement employées et ce n'est que dans des cas compliqués qu'on a mis à contribution en même temps les

ressources des unes et des autres : Ainsi Roux de Brignolles et Vaust fils et Autin de Ans, combinèrent la méthode française et celle de Celse.

Nous constatons que c'est la méthode française qui a été le plus souvent mise en pratique : c'est qu'en effet elle a sur les autres méthodes, l'avantage d'offrir des ressources nombreuses au chirurgien pour l'exécution de son plan; nous voulons parler des procédés divers qu'elle comprend, mais nous allons y revenir. Quant aux méthodes, voici ce que nous lisons dans les auteurs : « Les méthodes française et indienne ou de voisinage sont incontestablement supérieures à la méthode italienne, ou à distance, parce que : 1° elles sont applicables dans un plus grand nombre de cas ; 2° elles donnent des résultats ordinairement plus satisfaisants ; 3° elles sont plus faciles pour le chirurgien, et surtout moins incommodes et moins pénibles pour les malades. La méthode française a sur la méthode indienne l'avantage d'être moins longue à pratiquer, d'être moins souvent compliquée d'étranglement ou de gangrène, parce que le pédicule des lambeaux est large, riche en vaisseaux et permet une circulation facile, de ne pas nécessiter une opération secondaire, et de ne causer aucune difformité comparable à celle qui résulte de la torsion ou de la rotation du pédicule. » Le siège de l'emprunt varie nécessairement suivant ces différentes méthodes : Ainsi le lambeau a été pris au front, aux tempes, à la région du cou, sur la joue, sur le bras, etc.

Quant aux procédés employés, ils sont tellement nombreux qu'on ne saurait les grouper d'une manière satisfaisante ; il n'y a rien de déterminé pour le nombre, la forme, la direction, l'étendue, la profondeur des lambeaux. Il faut que le chirur-

gien invente presque chaque fois les détails particuliers de l'opération, pour chaque nouveau cas de restauration des joues. Laissant de côté les procédés des méthodes indienne et italienne, nous pensons que la méthode française avec ses procédés suffit généralement pour la restauration des joues ; soit que celle-ci oblige le chirurgien à prendre un ou plusieurs lambeaux, tel ou tel moyen de transport, soit que la perte de substance soit plus ou moins considérable, on arrive assez facilement à son but, grâce à la présence d'un tissu cellulaire lâche et abondant.

Sans essayer de décrire ces différents procédés, nous allons parler de celui qui est en quelque sorte, le point principal de notre thèse, nous voulons dire le *procédé en pont*. Quoique indiqué dans plusieurs ouvrages, c'est M. le professeur Michel qui l'a employé le premier dans les opérations de génoplastie.

Voici comment le décrit M. Verneuil (1).

« Nous savons que la circonférence du lambeau se compose de deux parties, l'une libre saignante, l'autre continue avec les parties ambiantes : celle-ci nommée pédicule a pour but d'assurer la vie du lambeau. L'étendue de ces deux parties est très variable suivant les procédés : plus le hile est considérable, mieux est assurée la vie du lambeau, mais plus la migration du lambeau est difficile. Cependant au lieu d'un pédicule on peut en conserver deux : c'est le *procédé en pont* : On taille un lambeau rectangulaire dont les deux grands côtés seulement sont libres tandis que les deux petits restent adhérents ».

(1) Dict. de méd. et de chir.

Etant donné une perte de substance de la joue, voici d'une manière générale en quoi consiste l'opération. Les bords étant avivés si la plaie n'est pas récente, on fait une incision parallèle au grand axe de la perte de substance, cette incision se fait ordinairement au bas de la joue ou dans la région sous-maxillaire : On obtient ainsi un lambeau rectangulaire dont les deux petits côtés se continuent avec la peau des parties voisines, tandis que les deux grands sont libres : de ces derniers, l'un répond à l'incision et l'autre à une partie des bords de la plaie. On sépare avec le bistouri, le lambeau des parties profondes et on le remonte jusqu'au bord supérieur de la perte de substance auquel on le fixe par des points de suture. La plaie résultant de l'emprunt du lambeau se cicatrise à l'air libre ou est recouverte d'une couche de ouate.

Ce procédé nous semble applicable dans bon nombre de cas de génoplastie et les résultats qu'il donne sont très satisfaisants : nous reconnaissons, toutefois, que son emploi serait inutile dans certains cas : soit à cause du siège et de la forme de la plaie ou de l'état des parties environnantes : nous verrons plus loin dans quels cas il peut rendre des services : d'ailleurs les observations 13 et 14 justifient la valeur que nous lui attribuons ; en effet, la perte de substance a été comblée d'une manière très satisfaisante, nous avons eu tout au plus un léger ectropion dans un des cas ; cet accident n'est pas toujours facile à éviter, même en prenant les précautions que nous citerons plus loin. Le résultat définitif, bien que fâcheux dans les deux cas, n'a pas à nous occuper ici : Nous n'avons qu'un but et il a été atteint, le procédé employé n'a rien à voir avec la récurrence du cancer.

TROISIÈME PARTIE

De quelques indications sur le choix de la méthode et du procédé.

Nous n'avons trouvé jusqu'ici aucune méthode ni aucun procédé applicable à tous les cas de génoplastie, et la raison en est que les méthodes et les procédés varient nécessairement avec l'étendue, le siège, la forme et la nature de l'affection. Il est donc nécessaire d'étudier les indications que nous donnent les différentes pertes de substance de la joue. Quant aux méthodes, voici ce qu'on dit en général :

« Chaque méthode, outre son mérite absolu, a sa sphère d'application propre : la méthode française convient aux pertes de substance médiocres, ainsi qu'aux régions où les tissus jouissent d'une certaine mobilité et où les couches organiques sont assez indépendantes les unes des autres pour pouvoir être disséquées dans une certaine étendue.

« La méthode indienne sera préférable lorsqu'il s'agira d'une perte de substance très étendue. Quant à la méthode italienne, elle ne sera choisie qu'à défaut des deux autres quand l'état des parties à réparer est tel qu'on ne peut trouver des lambeaux, ni dans le pourtour même, ni dans le voisinage de la solution de continuité. Dans le cas où les trois méthodes seraient applicables, c'est à la méthode française qu'il faudra donner la préférence ». L'étendue de la perte de substance ne nous arrêtera guère dans le choix de la méthode : nous avons donné déjà la préférence à la méthode française et

nous avons vu qu'elle suffisait presque toujours pour la restauration des joues : celles-ci en effet remplissent toutes les conditions nécessaires à l'application de cette méthode : nous avons parlé précédemment de sa constitution anatomique et nous n'y reviendrons pas.

Le siège de l'affection doit être pris en considération, car la joue est entourée d'orifices cutanés à peau délicate qu'on déforme facilement lorsqu'on pratique la génoplastie. Il faut éviter d'abaisser la paupière inférieure et de produire un ectropion, d'attirer à soi une narine ou de l'aplatir, d'élever ou d'abaisser la commissure des lèvres ; c'est pour éviter ces conséquences qu'il faut connaître quelques règles particulières à la génoplastie, comme « de ne jamais réunir des lambeaux entre eux de manière à produire une cicatrice qui s'étende de la partie moyenne de la joue à la paupière inférieure, ou à la commissure buccale, etc., de disposer le lambeau de manière que les cicatrices soient parallèles aux orifices sensoriels, au lieu d'être perpendiculaires ; si l'on emploie plusieurs lambeaux, il faut les disposer de telle façon que leurs tractions, en sens inverse, se compensent (1). » Les difformités consécutives à l'opération, et nous en avons observé une dans une observation citée plus haut (ectropion), ne sont pas dues à l'emploi de telle ou telle méthode ; la rétraction cicatricielle se fait indifféremment dans tous les cas ; nous mettons plus volontiers ces difformités sur le compte du procédé qui a été employé.

Ici nous n'avons aucune raison pour rejeter la méthode française.

(1) Dict. de méd. et de chir. (Verneuil.)

La forme de la perte de substance ne peut nous inquiéter, vu les nombreux procédés dont notre méthode peut disposer.

La nature de la perte de substance doit-elle nous occuper davantage? On dit en effet que quand l'affection primitive est de nature cancéreuse, les parties environnantes, étant plus ou moins saines, il convient de prendre un lambeau qui soit exempt de tout germe morbide; on a pris alors le lambeau dans une partie éloignée, on s'est servi de la méthode italienne, dans le but de prévenir une récurrence; nous dirons à cela que la réunion immédiate se fait aussi bien avec notre méthode: les deux premières observations personnelles que nous avons citées en font foi; quant aux essais tentés dans le but de prévenir une récurrence, ils ont été infructueux.

Les procédés employés pour la restauration des joues, doivent également varier, suivant l'étendue, le siège, etc., de la lésion: s'agit-il d'une perte de substance minime, l'avivement des bords et quelques points de suture suffisent le plus souvent; la simple traction est quelquefois suffisante, grâce à la laxité du tissu cellulaire sous-jacent. Mais lorsque la lésion est considérable, l'affrontement des bords ne peut plus se faire ainsi; c'est alors que le procédé en pont peut rendre des services; le lambeau que l'on obtient par ce procédé peut être facilement remonté après dissection jusqu'à la limite supérieure de la perte de substance; si un seul lambeau ne suffit pas, il est souvent possible d'en tailler deux, un au-dessus et l'autre au-dessous de la plaie à combler; on ramène ensuite ces deux lambeaux l'un vers l'autre et on pratique la suture. Avec ce procédé la vitalité du lambeau est grandement assurée, puisqu'il est muni de deux pédicules; de plus la circulation est complètement libre et n'est pas gênée comme dans le

procédé par torsion du pédicule. Nous avons déjà dit que Dieffenbach n'était pas partisan de cette grande vitalité qui, selon lui, serait le plus souvent cause de la gangrène du lambeau. Néanmoins tous les procédés de la méthode française pourront être employés avec succès ; que le lambeau soit à un ou à deux pédicules, ce qu'il faut avant tout, c'est combler une perte de substance avec le moins de dégâts possibles et le plus de chances de réussir.

Quant au siège de la lésion il doit nous guider aussi dans le choix du procédé, dans la direction des incisions, dans le nombre des lambeaux. La joue étant entourée d'orifices qui se laissent facilement déformer, il faut avant tout prévoir les accidents dûs à la rétraction cicatricielle : malheureusement il n'y a pas de règle absolue à formuler à ce sujet ; c'est au chirurgien à calculer à l'avance les suites de l'opération et à éviter de produire une difformité en cherchant à en effacer une autre : Nous avons vu (observation 12) que Bouisson s'est heureusement servi de la rétraction cicatricielle pour obtenir la guérison d'un ectropion ; sans apprécier la valeur d'un tel procédé nous pensons que dans ce cas il est à craindre que le chirurgien aille au-delà du but qu'il se propose et produise une affection contraire à celle qu'il veut guérir. Il est un point non moins important qu'on ne doit pas perdre de vue : lorsqu'on fait une incision, il faut éviter autant que possible qu'elle soit perpendiculaire à la direction d'une artère principale ou d'un nerf important : car la section d'une artère prive le lambeau d'une certaine quantité de sang et diminue les chances de succès : Quant à la section d'un nerf, elle peut entraîner la paralysie de la région : Ce n'est pas seulement pour l'esthétique, mais c'est surtout au point de vue des fonc-

tions que l'opération doit être pratiquée. Pour en donner un exemple à propos du sujet qui nous occupe, considérons la joue dans sa portion massétérine : Nous y voyons trois ordres d'organes : un canal excréteur, des nerfs et une artère qui affectent une direction parallèle et horizontale : Cette direction doit diriger le chirurgien dans la manière de pratiquer les incisions dans cette région ; toutefois, comme ces organes sont sous-aponévrotiques, la question perd ici de son importance puisque le lambeau ne comprend ordinairement que la peau et le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans la portion buccale nous voyons l'artère faciale située entre la peau et l'aponévrose buccinatrice : il est évident qu'une incision horizontale atteindra cette artère : c'est ce qu'il faut éviter autant que possible dans les opérations autoplastiques.

Dans les cas rares où la méthode française ne pourrait être employée, on devrait alors avoir recours à la méthode indienne. On emprunte ordinairement le lambeau à la région sous-maxillaire et on l'applique sur la joue par torsion du pédicule. Ce procédé qui expose à la mortification du lambeau a été mis en pratique par Sédillot de la manière suivante : Il tord le lambeau sous le bord inférieur de la mâchoire et le soustrait ainsi à la compression.

Le même chirurgien propose aussi de prendre le lambeau à la face postérieure du cou et si le pédicule était amené en arrière de la branche de la mâchoire, d'en engager un des bords dans la plaie de la joue et de le laisser s'affaïsser spontanément sans en pratiquer la section, disposition qui préviendrait assez sûrement la gangrène. Il est exceptionnel que l'on ne puisse avoir recours à l'une ou l'autre de ces deux méthodes, c'est pourquoi nous ne parlerons pas de la méthode italienne.

CONCLUSIONS

Les procédés autoplastiques employés pour la joue, sont si nombreux et si variables qu'il est difficile de formuler à leur égard une règle générale : toutefois, nous pouvons dire que ceux de la méthode française suffisent dans la majorité des cas : La méthode indienne pourrait, il est vrai, rendre des services, mais dans le cas seulement où la première ne saurait être employée. Quant à la méthode italienne, elle est presque complètement abandonnée.

Vu : *Le Président de la thèse,*
A. HEYDENREICH.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur,
M. MOURIN.

QUESTIONS PROPOSÉES PAR LA FACULTÉ

- 1° CHIMIE. — Créatine et créatinine. — Caractères. — Dosage dans l'urine.
- 2° PHYSIQUE. — De l'imbibition, de la diffusion et de l'osmose.
- 3° HISTOIRE NATURELLE MÉDICALE. — Famille des borraginées. — Borraginées employées en médecine.
- 4° ANATOMIE. — Valvules des veines.
- 5° HISTOLOGIE. — Des corps thyroïdes.
- 6° PHYSIOLOGIE. — De l'absorption en général.
- 7° PATHOLOGIE ET CLINIQUE EXTERNES. — Des fractures du col du fémur.
- 8° PATHOLOGIE ET CLINIQUE INTERNES. — Des différentes formes de la pleurésie.
- 9° ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — De l'endocardite ulcéreuse.
- 10° MATIÈRE MÉDICALE ET THÉRAPEUTIQUE. — De l'emploi thérapeutique des hypophosphites.
- 11° MÉDECINE OPÉRATOIRE. — Ligature de l'humérale.
- 12° ACCOUCHEMENTS. — De l'entortillement du cordon ombilical autour du fœtus et de ses conséquences.
- 13° HYGIÈNE. — Émanations délétères des fours à chaux.
- 14° MÉDECINE LÉGALE. — Historique de la médecine légale, origine, division en périodes.

